

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23- N° 0044754

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7057 Société :   
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :   
Nom & Prénom : EL HAJI JILLA   
Date de naissance : 19.06.58   
Adresse :   
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /   
Nom et prénom du malade : NEZIANE Zohir Age :   
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant   
Nature de la maladie :   
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :   
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 23 FEV. 2024   
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 02/02/24   
Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

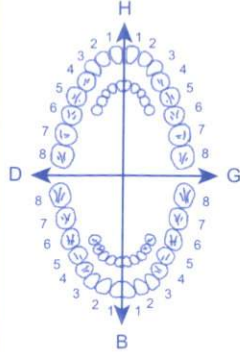
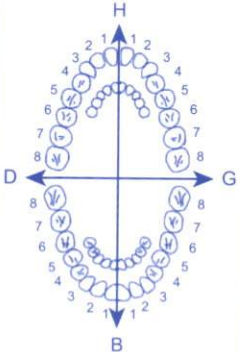
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411              B           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticien eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

توقيع وطابع المتاعضية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق لإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

بن الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Oblige

Réf ANAM 1.1.01.01

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré (e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : .....

N° Affiliation : .....

N° Immatriculation : .....

N° CIN : .....

Lieu de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint ☐

زوج ☐

Enfant ☐

ابن ☐

Adresse : .....

Montant des frais : .....

Nombre de pièces jointes : .....

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

N° CIN : .....

Sexe\* : .....

M ☐

F ☐

ذكر ☐

أنثى ☐

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : .....

Type de soins

Maladie\* ☐

Maternité\* ☐

Hospitalisation\* ☐

Accident\* ☐

Pli confidentiel remis\* ☐

Date de grossesse : .....

Date prévue d'accouchement : .....

Date d'hospitalisation : .....

Date d'accident : .....

Causes : .....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : .....

le : .....

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus exactes et vérifiables.


Fait à : .....

le : .....

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de



وصف العمليات المصراقة

المبلغ المقوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
3000H	 <p>Dr. Mohamed El-Bernousi Professeur de Médecine Interne Tél. 67 37 37 37</p>

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية  
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs  
des dispositifs médicaux

عمليات: الإحياء، الأشعة والصور

[illegible]

عمایات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP :					
INP :					



RELEVÉ DES PAIEMENTS  
A L'ASSURE

Exercice : 2024

Jeudi 22 Février 2024

Immatriculation 53979342 Affiliation 441941 Mutuelle MGPAP

Nom et Prénom MEZIANE ZOBIR

Adresse RUE ABDERRAHMANE EL GHAFIKI Ville RABAT AGDAL

RESID EL GHAFIKI B N 17

Dossier(s) liquidé(s)

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
85832487	07/02/2024		En cours	ZOBIR	295,20	206,64	47,23	253,87
85832515	07/02/2024		En cours	ZOBIR	4 800,00	1 320,00	5,00	1 325,00
Sous totaux :					5 095,20	1 526,64	52,23	1 578,87

Dossier(s) soumis au contrôle

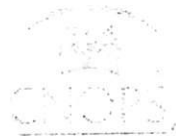
N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
85833176	07/02/2024		En cours	ZOBIR	3 388,60	2 889,90		2 889,90
Sous totaux :					3 388,60	2 889,90		2 889,90
Total Général :					8 483,80	4 416,54	52,23	4 468,77

Nombre de dossiers : 3

# RELEVÉ DES PAIEMENTS À L'ASSURÉ

Exercice : 2023

Jeudi 22 Février 2024



Immatriculation : 53979342 Affiliation : 441941 Mutuelle : MGPAP  
Nom et Prénom : MEZIANE ZOBIR  
Adresse : RUE ABDERRAHMANE EL GHAFIKI  
RESID EL GHAFIKI B N 17 Ville : RABAT AGDAL

## Dossier(s) payé(s)

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
78768452	24/01/2023	V	21/03/2023	ZOBIR	1 510,20	590,40		590,40
78768486	24/01/2023	V	21/03/2023	ZOBIR	491,30	180,90	5,00	185,90
78768394	24/01/2023	V	04/04/2023	ZOBIR	4 769,50	3 611,50	297,60	3 909,10
81037212	23/05/2023	V	28/06/2023	ZOBIR	3 946,00	3 082,40	156,80	3 239,20
82229212	28/07/2023	V	06/09/2023	ZOBIR	890,00	533,00	99,40	632,40
83410904	10/10/2023	V	07/12/2023	ZOBIR	3 774,30	3 033,50	165,60	3 199,10
Sous totaux :					15 381,30	11 031,70	724,40	11 756,10
Total Général :					15 381,30	11 031,70	724,40	11 756,10

Vombre de dossiers : 6

Total Général :

Total Général :

CENTRE VISION LASER RABAT

RABAT

## Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
24A241119	MEZIANE ZOBIR	24/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
	Total payé	300.00

Reçu établi par :IBTISSAM



*Cu*is

مركز العيون الليزر ابن سينا  
Centre de Vision Laser Ibn Sina



PT240124110603

24 janvier 2024

Mr MEZIANE Zobir

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 2.00 (- 0.25 à 105°)

OG = - 1.50 (- 0.50 à 125°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

Optique La JEUNESSE  
Rue 10 N° 12 Hay Med V  
KENITRA Tél. 05 37 36 65 25

79, Résidence bellevue, angle rue 16 novembre et Avenue Ibn Sina  
4<sup>ème</sup> étage - appt 7 - Agdal - Rabat • Tél : 05 37 67 37 37 • Fax : 05 37 67 47 66

Dr. ABDELGHANI BERNHOUS  
Ex Professeur Faculté Médecine Péd  
Tél : 05 37 67 37 37

[www.centrevisionlaser.ma](http://www.centrevisionlaser.ma)



# OPTIQUE LA JEUNESSE

Client : MEZIANE ZOBIR	N° : 045ASS/R/2023
	Date : 31/01/2024

Réf . Article	Désignations	Qte	Montant TTC	TOTAL TTC
OD	-2,00 ( -0,25 105°)	1	1500,00	1500,00
OG	-1,50 ( -0,50 125°)	1	1500,00	1500,00
	ADD +2,75			
	Progressif 1,6 HMC			
	TITAN FLEX	1	1500,00	1500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille cinq cent dirhams

Total Quantité		2
Total H.T.	T.V.A 20%	Total T.T.C.
3 750,00	750,00	4 500,00

Optique La JEUNESSE  
Rue 10 N° 12 Hay Med V  
KENITRA Tel. 05 37 36 65 21